

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION TOTALE INTRA-ABDOMINALE PRIMITIVE DE L'ÉPIPLOON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 2 Février 1921

PAR

François-Eugène-Thomas LESIRE

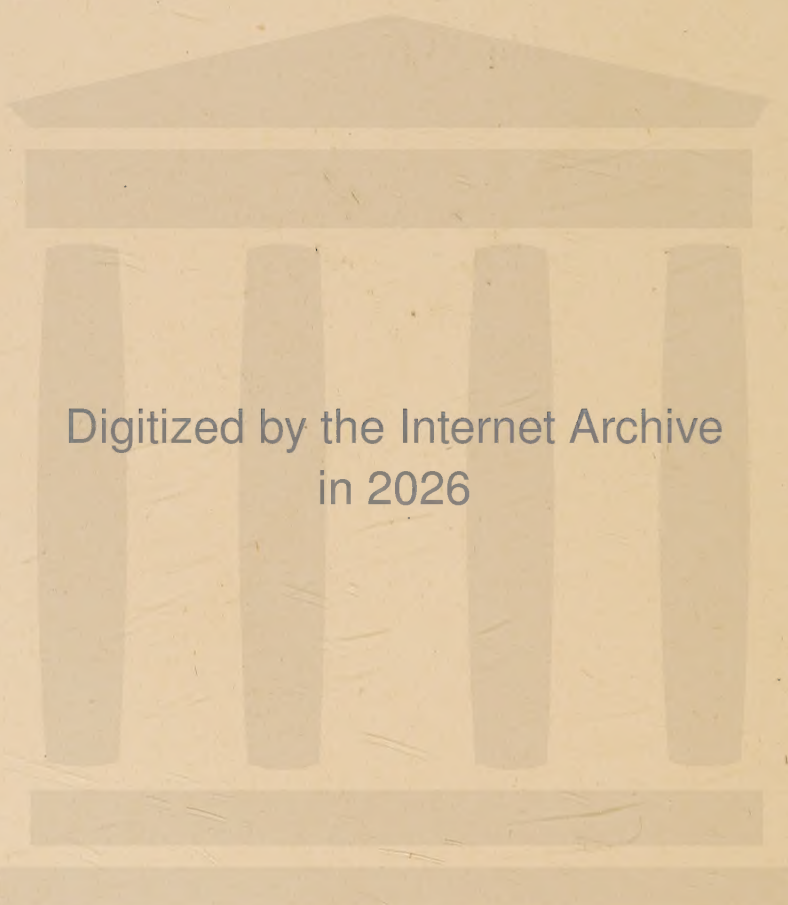
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NANTES

Né à Rezé (Loire-Inférieure), le 21 octobre 1888.

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur	{	Président.
		DENUCÉ, professeur		Juges.
		PRINCETEAU, agrégé		
		PAPIN, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1920-1921

N° 41

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION TOTALE INTRA-ABDOMINALE PRIMITIVE DE L'ÉPIPLOON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 2 Février 1921

PAR

François-Eugène-Thomas LESIRE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NANTES

Né à Rezé (Loire-Inférieure), le 21 octobre 1888.



Examineurs de la Thèse

{	MM. VILLAR, professeur.....	<i>Président.</i>
	DENUCE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	PRINCETEAU, agrégé.....	
	PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD,
Professeurs honoraires.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique interne	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie...	MANDOUL.
Clinique externe	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale...	FERRÉ.
	VILLAR.	Clinique ophthalmologique..	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	CRUCHET.	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	RIVIÈRE.	Clinique gynécologique....	BÉGOUIN.
Anatomie pathologique.	SABRAZÈS.	Clinique médicale des mala- dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie	GENTES.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques....	W. DUBREUILH.
Médecine légale	VERGER.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique psychiatrique....	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie	MOURE.
Botanique et matière mé- dicale	BEILLE.	Toxicologie.....	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		MAURIAC.
Anatomie et embryolo- gie	PICQUÉ.		LEURET.
	N.	Médecine générale.....	DUPERIÉ.
Histologie	LACOSTE (chargé).		N.
Physiologie	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique.	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	N.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Physique biologique mé- dicale.....	RÉCHOU.	Chirurgie générale.....	GUYOT.
Chimie biologique mé- dicale	N.		ROCHER.
	N.	Obstétrique	DUVERGEY.
Médecine générale.....	PETGES.		PAPIN.
	J. CARLES.	Ophthalmologie.....	PERY.
		Pharmacie	FAUGÈRE.
			TEULIÈRES.
			LABAT.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....	MM.	CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.		CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....		VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements		FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophthalmologie		CABANNES.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale....		SELLIER.
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....		N.
Cours complément ^{rs} d'Analyse chimique qualitative et quantitative.		N.
Cours complément ^{rs} de Démonstrations et Préparations pharmaceut.		LABAT.
Cours complémentaire de Microbiologie		N.
Cours complémentaire de Puériculture.....		ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Vénériologie.....		PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne		MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe		GUYOT.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. GAUDIN

Chirurgien des Hôpitaux.

Témoignage d'amitié et remerciements pour
les conseils qu'il a bien voulu nous donner
pour notre thèse.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. VILLAR

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur
de présider notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION TOTALE INTRA-ABDOMINALE PRIMITIVE DE L'ÉPIPLOON

INTRODUCTION - CLASSIFICATION

La torsion de l'épiploon, dont l'étude n'est entrée dans la littérature médicale que depuis une trentaine d'années, a cessé d'être une curiosité. Une centaine d'observations ont été, en effet, publiées, à tel point que Lejars, en 1907, a pu affirmer et décrire la symptomatologie propre de cette affection.

Celle-ci présente différentes variétés suivant qu'elle est partielle ou totale, accompagnée ou non d'une hernie due à une tumeur concomitante, ou pure. Ce qui conduit à la classification suivante :

1° *Torsions partielles :*

Torsions partielles intraabdominales ;

Torsions partielles intrasacculaires :

dans un sac vide ;

dans un sac occupé ;

2° *Torsions totales :*

Torsions totales abdominales ou *omento-volvulus* ;

Torsions totales en masse (intraabdominale et intra-sacculaire) ;

3° *Torsions complexes :*

Associées à des tumeurs de l'épiploon (kystes, sarcomes) ;

Associées à d'autres lésions (appendicite, kyste de l'ovaire à pédicule tordu, étranglements intestinaux, hernie récurrente ;

Torsion des tumeurs inflammatoires, déplacements en masse, etc.

On distingue également des torsions primitives et secondaires, torsions aiguës et chroniques.

De toutes ces variétés, la plus rare et la plus récemment connue est la torsion totale abdominale en masse, primitive, qui n'est accompagnée d'aucune hernie, ni d'aucune tumeur.

Neuf observations seulement ont paru jusqu'à ce jour. Ayant eu l'occasion d'en observer récemment un cas typique, nous trouvons intéressant de le publier.

HISTORIQUE

La première observation fut celle de Marchettis, publiée à Paris en 1858. Il y relate un cas très net de torsion épiploïque, « d'épiploon enroulé », suivant son expression. Puis vinrent celle d'Oberst en 1882, de Demons en 1893, et quantité d'autres qui suivirent. Toutes ont trait à des torsions compliquées de hernie ou de tumeur, conditions que l'on considérait à cette époque comme indispensables. Le premier cas de torsion primitive totale et pure fut celui d'Eitel en 1899. Il s'agissait d'un ascitique ayant déjà subi deux ponctions évacuatrices. La laparotomie fut pratiquée, on trouva un épiploon tordu. La simple détorsion fit tout rentrer dans l'ordre.

En 1905, Riedel fit paraître ses deux observations. Puis, ce furent Noble, Stewart, Scudder en 1904. Enfin Scœnholzen en 1908, Vick en 1911, relatèrent les derniers cas connus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Émile G..., 30 ans, est employé aux Chantiers de la Loire. Une de ses occupations consiste à tourner une meule de droite à gauche et dans un plan vertical.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels méritant d'être signalés.

Depuis plusieurs mois, cet homme souffre de douleurs vagues dans l'abdomen, plus spécialement à droite. Il ne présente aucun trouble dyspeptique et peut continuer ses occupations de façon normale.

Le 30 juillet au soir, en rentrant de son travail, il est pris brusquement d'une douleur violente siégeant principalement dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit. De la fièvre, des vomissements apparaissent, pas de signes d'occlusion intestinale.

Le médecin appelé diagnostique l'appendicite et conseille l'intervention d'urgence.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu où nous avons pu faire l'examen le lendemain matin. L'état général est assez bon, la température axillaire est à 38 degrés, le pouls à 130. Les vomissements ont disparu.

A l'examen, on constate un léger ballonnement de l'abdomen. La palpation provoque une douleur assez vive dans la région appendiculaire, douleur s'étendant jusqu'au bord inférieur du foie. Dans tout le côté droit il existe une défense musculaire très prononcée. Aucune trace de hernie.

En présence de ces symptômes, le diagnostic reste hésitant entre celui d'appendicite et celui de cholécystite, en raison de cette douleur de la région vésiculaire, malgré l'absence de tout antécédent lithiasique.

L'intervention est décidée; on pratique une incision latérale au niveau du point de Mac Burney et remontant vers le bord costal. Le doigt introduit dans la plaie aussitôt l'ouverture du péritoine et dirigé vers la région vésiculaire, permet de constater un magma d'adhérences résistantes, globuleuses, qui font croire, au premier abord, à la réalité du diagnostic, cholécystite. L'incision est agrandie jusqu'aux fausses côtes. Cette large ouverture permet de constater l'absence complète de lésions vésiculaires et la parfaite intégrité de l'appendice. Par contre, il existe au niveau du bord antérieur du foie et s'engageant légèrement sous lui, un volumineux paquet épiploïque, de teinte vineuse, adhérent à tous les organes voisins. Un décollement minutieux permet d'amener hors de la cavité péritonéale la plus grande partie du tablier épiploïque. Le tablier présente, vers son milieu, un anneau de striction qui le sépare en deux parties : la plus élevée, la partie colique, normale, la partie inférieure en voie de nécrose, constituant la masse adhérente. Cette dernière portion a subi, par rapport à la première, une double torsion complète de 360 degrés. La détorsion s'opère facilement et l'on constate que la partie où se trouvait l'anneau de striction n'est plus formée que par une mince membrane, presque exclusivement vasculaire. La résection de la partie gangrenée est pratiquée facilement. La paroi est fermée sans drainage.

Suites d'opération simples. Le malade sort au bout de quinze jours guéri.

Revu six mois après, il est en parfaite santé et n'a jamais ressenti aucune de ces douleurs qu'il éprouvait antérieurement.

OBSERVATION II

EITEL (A rare omental tumor), *Med. Record*, 1899.

Ascitique ayant subi deux ponctions abdominales. La laparotomie est pratiquée. On trouve une torsion épiploïque, réductible, que l'on se contente de détordre. Les accidents disparaissent. Guérison complète.

OBSERVATION III

RIEDEL, 1905.

H. G..., 38 ans, entrée le 30 juillet 1905. Bien portante jusqu'alors. Au commencement de 1904, elle éprouve au cours de sa sixième grossesse une sensation de pesanteur à l'hypogastre. Lorsqu'elle voulait se lever, elle éprouvait comme quelque chose qui se déplaçait dans l'abdomen et qu'il lui fallait repousser.

L'état général était bon, mais lorsqu'elle essayait de repousser ce qui la gênait, elle éprouvait de la douleur. Le 16 avril, elle accouche prématurément d'un enfant de six mois. La délivrance est normale. Lorsqu'elle se lève, la sensation de pesanteur persiste, mais il n'y a plus de douleur. L'année suivante, cette pesanteur s'accroît. Le 24 juin 1905, elle va chercher du bois et porte un lourd panier. Les jours suivants, elle éprouve des douleurs du côté droit, de la céphalée, de la fièvre, 37°7. Pas de vomissements. Diagnostic : typhlite.

État actuel. — Femme pâle et maigre. Rien d'anormal du côté droit, quelques douleurs à la pression du côté gauche; au-dessus de la symphyse on sent une tumeur plus ou moins grosse ignorée de la malade. Dans le vagin on trouve une tumeur de la grosseur du poing qui paraît en rapport avec l'utérus. Ventre plat, sans défense, pas de hernie.

Incision. — L'appendice tordu, paraissant chroniquement enflammé, est réséqué. Après écartement des lèvres de la plaie, on découvre une masse épiplœique hémorragique récente de la grosseur du poing. Cette masse adhère à l'intestin grêle, à l'utérus, à la paroi abdominale, et enfin, dans le haut, au reste de l'épiplœon infiltré.

L'ablation de la tumeur se fait rapidement, ainsi que celle de l'épiplœon avoisinant. On voit alors qu'elle est suspendue à un pédicule grêle, tordu à sa partie supérieure et présentant deux torsions de 360 degrés autour de son axe, et plus bas une torsion en sens opposé. A ce pédicule fait suite une grosse tumeur de couleur rouge bleue avec une infiltration hémorragique abondante. Au-dessous de cette grosse masse se trouve une tumeur molle et constituée par un épiplœon un peu épaissi et presque normal, bien que son pédicule soit tordu

deux fois autour de son axe. On ferme la cavité abdominale. Suites sans complications.

OBSERVATION IV

RIEDEL, 1905.

Anna V..., entrée le 7 juin 1904; très bien portante jusqu'à présent. Le 22 mai, elle vomit, se sent mal à l'aise, mais ne souffre pas du ventre. Les douleurs abdominales n'apparaissent que le 1^{er} juin, à droite et en haut, dans la région du foie. Le 5 juin, un médecin appelé diagnostique d'abord des coliques hépatiques, puis l'appendicite et finalement l'envoie à Iéna.

État actuel. — Femme forte et bien portante aux autres points de vue, se plaint de douleurs vives dans la région du flanc droit. On sent une résistance nette qui arrive jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le ventre est un peu ballonné, on peut le déprimer. Température 37°5. Pouls 102.

Le 6 juin, incision du grand droit. On trouve un cordon épiploïque d'une grosseur un peu supérieure à celle d'un crayon dans l'angle supérieur de l'incision. Ce cordon se continue en haut et à droite du foie avec une masse épiploïque grosse comme le poing, adhérente à la face antérieure du foie et à la paroi abdominale. Cette masse est longue de 10 centimètres, large de 5 centimètres, épaisse de 1 centimètre. A deux travers de doigt du bord antérieur du foie, on trouve le bout distal de l'appendice libre, un peu hyperhémie. Le cæcum est situé plus haut. Le cordon épiploïque excisé, la tumeur séparée de ses adhérences, l'appendice est réséqué. Suites sans complications. Drainage. Guérison et sortie dans les délais normaux.

OBSERVATION V

O. SIMON.

Femme de 26 ans. Pas de hernie. Souffre depuis dix jours du côté droit de l'abdomen, les douleurs s'accroissent, la constipation s'établit et des nausées surviennent. La température est à 38 degrés, le pouls

à 100. On trouve une zone de matité étendue de la région de la vésicule biliaire à l'ombilic, au ligament de Poupart, à la région lombaire. Toute cette zone est très sensible à la pression et la fluctuation est manifeste. On fait le diagnostic d'abcès appendiculaire, on opère, on évacue 1 lit. 1/2 de liquide fortement teinté de sang et l'on tombe sur une tumeur noirâtre, adhérente. On la libère et l'on reconnaît qu'il s'agit de l'épiploon tuméfié, infiltré et rattaché à la partie moyenne du côlon transverse par un pédicule tordu deux fois dans le sens des aiguilles d'une montre. On le résèque, on enlève aussi l'appendice, un peu adhérent, mais que l'examen histologique montra tout à fait normal. Guérison.

OBSERVATION VI

NOBLE.

Une femme de 24 ans fut prise une nuit, dans la région épigastrique, de douleurs atroces avec nausées et vomissements. Depuis deux ans, elle avait de temps en temps des douleurs de ce genre, mais qui n'avaient jamais encore présenté pareille intensité. Les antécédents de la malade étaient nuls, sauf une blennorrhagie datant de deux ans et demi. Quand le médecin la vit le lendemain de sa dernière crise, elle avait une température de 37°7, un pouls battant à 90 et la langue un peu chargée; les vomissements de la nuit avaient cessé. La patiente est couchée sur le dos, les cuisses légèrement fléchies, l'abdomen est sensible, surtout à droite, et la compression du point de Mac Burney réveillait une douleur qui se répercutait jusqu'à l'estomac. Il existait un peu de météorisme; toutefois, le son tympanique abdominal faisait place à une légère matité dans une zone mal limitée, placée à droite, au-dessous de l'ombilic. D'ailleurs, la rigidité musculaire et un léger embonpoint rendaient le palper difficile. La malade avait eu une selle la veille.

On porta le diagnostic d'appendicite, mais les symptômes s'étant amendés, cette femme refusa de se faire opérer. Six jours après cependant, les douleurs reparurent, accompagnées d'un frisson et d'une élévation de température à 38°3. On sentait alors une masse

distincte, située à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic. On fit la laparotomie. Entre le fascia transversalis et le péritoine, on trouva d'abord un léger exsudat, puis, la séreuse ayant été ouverte, on vit une masse de couleur foncée, longue de 5 centimètres, large de 12 cent. 1/2, entourée d'adhérences récentes. Après la dissociation de ces adhérences, qui s'accompagnaient d'une hémorragie assez abondante, on reconnut que cette masse noirâtre était le grand épiploon, qui, fixé par son extrémité inférieure au pavillon de la trompe, formait une bride autour de laquelle il s'était enroulé à tel point que sa circulation était interrompue; il est probable qu'abandonnée à elle-même, la lésion aurait abouti à la nécrose et à la suppuration. Quant au mécanisme de cet accident, on peut supposer que l'affection blennorragique antérieure était la cause de l'adhérence épiploo-tubaire et que les mouvements des anses intestinales avaient eu pour effet d'enrouler l'épiploon autour de lui-même. Guérison.

OBSERVATION VII

SCUDDER.

Homme de 35 ans. Pas de hernie. Tumeur très volumineuse remplissant la fosse iliaque et s'étendant dans l'hypocondre jusqu'à la ligne médiane, de contours mal définis, mate à la percussion et peu tendue.

Diagnostic. — Appendicite avec épiploon adhérent autour et devant le foyer.

Opération. — Torsion en masse de l'épiploon. Guérison.

OBSERVATION VIII

STEWART, *Journal of the American med. Assoc.*, mars 1904.

OBSERVATION IX

SCHENHOLZER.

Une jeune fille de 20 ans arrive à la clinique, le 2 décembre 1908, avec le diagnostic d'appendicite aiguë. La maladie débuta le 26 novembre, mais elle avait éprouvé quelques jours auparavant, du côté droit de l'abdomen, des douleurs qui, d'abord légères, ne firent qu'augmenter de jour en jour, devinrent si violentes le jour précédant son entrée à l'hôpital, que le médecin ordonna le repos au lit et l'opium. Jusqu'alors la malade avait pu travailler comme de coutume, mais elle devait se reposer de temps en temps, à cause des douleurs qu'elle ressentait dans le ventre. Jusqu'au 30 novembre, il y eut des selles, puis arrêt stercoral, les gaz passant toujours. En juillet 1908, elle avait eu plusieurs attaques semblables qui duraient un ou deux jours.

A son entrée à l'hôpital, le 2 décembre 1908 à 2 heures, on l'examine : c'est une personne d'une taille moyenne, forte ; sa physionomie est souffrante, elle a des douleurs dans le côté droit ; température 37°9 ; pouls à 120. Langue humide, blanche, respiration costale, ventre un peu ballonné, pas de contracture. On trouve dans le côté droit de l'abdomen une tumeur grosse comme le poing qui s'étend de la hauteur de l'ombilic jusqu'à la région iléo-cæcale. Ses limites, précises sur le côté interne, le sont moins en dehors. A la percussion, dans la partie droite de l'abdomen, submatité. Entre la fosse iliaque et la tumeur, zone de tympanisme. Pas d'ictère, pas de hernie. On met la malade en observation, glace sur le ventre. Les douleurs continuent ; le soir, température 38°4, pouls à 132. Le facies devenant plus mauvais et la tumeur augmentant de volume en hauteur, on opère six heures après l'entrée de la malade à l'hôpital.

On ouvre le ventre sur la tumeur, pas de liquide dans l'abdomen, l'épiploon est fortement œdématié, de coloration bleu foncé, avec des zones brillantes, graisseuses. Le doigt, introduit dans le ventre, trouve une tumeur de l'épiploon qui va jusqu'à l'entrée du petit bassin. On en détache les adhérences, on continue en haut et on

reconnait qu'on a affaire à une torsion de l'épiploon dont les tours de spire se répartissent sur toute la hauteur de la tumeur au nombre de quatre et dirigés de gauche à droite. L'épiploon est appendu en haut au côlon transverse par une corde solide en forme de tire-bouchon. Le côlon a la forme d'un M. Plus de la moitié de l'épiploon est prise par la tumeur. L'extirpation se fait facilement après ligature au catgut. Guérison sans complications; le 12 décembre, la malade se lève et part le 17.

OBSERVATION X

VICK, *British medical Journal*, 16 mars 1911.

Torsion aiguë de grand épiploon.

Homme de 49 ans. Depuis quatre jours, vives douleurs abdominales avec vomissements. Température 37°8, pouls 90, respiration 24. A la palpation, tuméfaction à contours définis s'étendant du bassin à l'ombilic, mate à la percussion, sensible à la pression. Le diagnostic d'abcès appendiculaire est porté.

Intervention. — Liquide séro-sanguinolent, appendice adhérent au cæcum. Les grosses veines de l'épiploon sont trombosées. Il est tordu plusieurs fois sur lui-même, formant une sorte de corde. La surface est couverte de nodosités formées par du tissu adipeux enflammé et de vaisseaux sanguins congestionnés.

Pas de trace de hernie.

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Quelles sont les causes et quel est le mode de production de ces torsions primitives en masse? Elles ont été niées longtemps. Riedel croit qu'elles proviennent de vieilles hernies intrafuniculaires que l'épiploon aurait quittées. Lejars prétend, avec quelque apparence de raison, que l'épiploon, comme tout autre organe abdominal, peut parfaitement se tordre. Schoenholzer en fait la conséquence d'épiploïtes, suite d'inflammations chroniques, appendicite ou autres.

Jaboulay, Bazy, Payr ont tenté de l'expliquer physiologiquement.

Pour Jaboulay, l'épiploon a une tendance naturelle à l'enroulement, tendance contre-balancée par sa mobilité. Si quelques noyaux d'épiploïte viennent détruire cet équilibre, un mouvement de torsion peut s'ébaucher : l'épiploon se congestionne, la masse augmente et n'en continue que mieux le mouvement commencé.

Pour Bazy, ces accidents seraient dus au péristaltisme intestinal. En effet la mobilité de la masse épiploïque, dépourvue de fibres musculaires, n'est qu'une mobilité d'emprunt. Elle est due aux contractions du diaphragme, aux mouvements péristaltiques de l'intestin et aux contractions abdominales. Morestin publie un cas d'omento-volvulus apparu après une purgation. De même, le cas que nous présentons paraît corroborer cette théorie. Le sujet était en effet occupé quotidiennement à tourner une meule, ce qui nécessitait de sa part un mouvement de rotation complète du bras de droite à gauche, dans un plan vertical, accompagné d'un balancement du tronc dans le même

sens. Dans la plupart des observations d'ailleurs, on remarque que la cause déterminante est due à un effort : toux (Boyer), course à bicyclette (Tévenard), travail pénible (Riedel).

Pour Payr, c'est une affaire de circulation, de déséquilibre entre la circulation veineuse et artérielle. C'est l'expérience des deux pneus, l'un plus résistant, l'autre plus élastique. Si l'on emplit d'eau ce dernier, il se tord autour de l'autre. Dans l'épiploon, les artères sont unies aux veines, qui sont plus élastiques. Si celles-ci se congestionnent, elles s'enroulent autour des artères, entraînant la masse épiploïque avec elles.

Il est vraisemblable qu'aucune de ces théories n'est absolue et que le plus souvent on les trouve combinées avec une part plus ou moins grande de chacune d'elles suivant les cas et les circonstances.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des torsions de l'épiploon, en se plaçant au point de vue qui nous intéresse, devient d'autant moins nette qu'il manque ce signe primordial de la « hernie indicatrice », si précieux pour mettre sur la voie du diagnostic. Tout se réduit à des signes abdominaux. Suivant qu'ils sont plus ou moins intenses ou qu'ils se manifestent plus ou moins rapidement, on peut distinguer trois formes d'évolution différentes :

a) La forme aiguë ou appendiculaire :

Le malade a de la fièvre, un pouls rapide, des vomissements, un état général médiocre.

A l'examen de la paroi abdominale, on trouve constamment, donnant l'illusion d'un plastron appendiculaire, une tumeur assez développée avec sensation d'empâtement. Cette tumeur est immobile, surtout de bas en haut. On la trouve presque immédiatement sous le doigt. Elle siège en général à droite, mais elle peut être au niveau du bord antérieur du foie, ce qui fait pencher pour une cholécystite, ou se trouver en bas, près de la symphyse, accessible au toucher vaginal et faire diagnostiquer une tumeur du petit bassin.

b) La forme fruste dans laquelle les accidents ne se révèlent qu'à peine et où la torsion n'est qu'une trouvaille d'autopsie.

c) La forme chronique où le malade présente depuis longtemps et par intervalles des crises plus ou moins aiguës; c'est le cas de Riedel, celui de Noble. Dans l'observation que nous présentons, la malade souffrait depuis plusieurs mois avant la dernière crise qui nécessita une intervention.

DIAGNOSTIC

Est-il possible avec ces symptômes de porter le diagnostic de torsion de l'épiploon ? Dans les quelques rares fois qu'il a été précisé (Lejars, Morestin, Tetze, Payr), la torsion était accompagnée de hernie. Par contre, dans les dix cas que nous publions, le sujet a été constamment opéré pour abcès appendiculaire. Seul Scudder avait songé à une appendicite avec épiploon autour et au-devant du foyer. Les symptômes sont, il est vrai, à peu près identiques : début brusque, fièvre, vomissements, constipation, tumeur de la fosse iliaque droite, défense de la paroi, le tableau est à peu près le même. Cependant, comme l'a montré Lejars, il existe des nuances qui laissent quelques doutes dans l'esprit du chirurgien, même lorsqu'il vient de porter son diagnostic d'abcès appendiculaire. En effet, la tumeur est bien volumineuse pour s'être développée aussi rapidement. Elle n'est pas toujours au point de Mac Burney, elle est plus souvent ou trop haute ou trop basse. Il n'existe pas autour du plastron de tuméfaction locale. L'état général n'est pas mauvais, la fièvre peu élevée, le pouls relativement peu rapide.

Le diagnostic différentiel avec les autres affections n'est guère plus aisé. Avec le kyste de l'ovaire, par exemple, il est d'autant plus difficile que les deux cas peuvent coexister. Dans la cholécystite, on retrouve en général des antécédents de lithiase biliaire ; la vésicule forme une tumeur mieux limitée, située d'une façon plus précise. L'occlusion intestinale présente un arrêt plus complet des matières et des gaz. La tuberculose iléo-cæcale (O. Simon), la typhlite, le fibrome à évolution intrapéritonéale sujet à des crises de torsions, ainsi que d'autres tumeurs abdominales, ont pu fréquemment faire errer le diagnostic.

COMPLICATIONS

La torsion de l'épiploon est une affection plutôt bénigne si elle est opérée à temps. Abandonnée à elle-même, elle présente les complications les plus graves.

Celles-ci sont de deux ordres, infectieuses et mécaniques :

a) *Les complications infectieuses* sont :

- ou locales : infection de la partie étranglée, péritonite localisée ;
- ou générales : péritonite généralisée, toxémie, broncho-pneumonie.

b) *Les complications mécaniques* consistent en :

- 1° Troubles vasculaires, se présentant sous la forme d'hémorragies gastro-intestinales (mélœna, hématé mèse), d'embolie, de phlébite ;
- 2° Rupture du pédicule. Wiessinger a trouvé la masse épiploïque tordue, libre dans l'abdomen ;
- 3° Troubles de compression : troubles urinaires par compression de la vessie, signes d'occlusion par compression ou torsion de l'intestin.

On conçoit que ces complications suffisent à expliquer les cas de mort signalés quelquefois par méconnaissance d'une torsion épiploïque, ce qui se produit surtout en cas de double torsion, l'une herniaire, l'autre abdominale qui demeure ignorée.

TRAITEMENT — PRONOSTIC

Il n'y a qu'un traitement, c'est la laparotomie avec large ouverture pour dépister les doubles torsions assez fréquentes. La libération de la tumeur, qui présente toujours des adhérences multiples, doit être minutieuse. Elle permettra, d'ailleurs, de reconnaître fréquemment des affections concomitantes : appendicite, salpingite, qui sont souvent la cause de l'épiploïte primitive. La libération faite, il faut extirper la tumeur, ligaturer avec soin et ne laisser exclusivement que la partie saine de l'épiploon. Le drainage peut être fait ou non, suivant les circonstances. La détorsion simple, qui n'a été pratiquée qu'une seule fois par Eitel, ne saurait suffire.

Ainsi traitée, la torsion de l'épiploon est une affection bénigne dont le pourcentage de mortalité est à peu près nul.

CONCLUSIONS

I. Il existe une torsion totale intraabdominale, en masse primitive, de l'épiploon, sans tumeur ou hernie concomitantes.

II. La torsion est la conséquence d'une épiplôite antérieure, suite d'inflammations chroniques, appendicite ou autre.

La cause déterminante de l'accident est le plus souvent un effort ou un mouvement répétés.

III. C'est une affection bénigne opérée à temps.

IV. Le seul traitement consiste dans la laparotomie immédiate, avec résection de la partie de l'épiploon située au-dessous de la torsion.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président de la thèse,

F. VILLAR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 22 janvier 1921.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- DEMONS. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1893.
EITEL. — *Medical Record*, 1899.
BRUNET. — Thèse de Paris, 1900.
CHAVANNAZ. — *Gazette hebdomadaire*, 28 juin 1900.
HEITZ et BENDER. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mai 1901.
RIEDEL. — *Verhandl der deuts. Gesellschaft für chir.*, 1902.
VIGNARD et GIRAudeau. — *Archives de Bordeaux*, 1902.
MARTINAUD. — Thèse de Bordeaux, 1902.
GIRAudeau. — Thèse de Paris, 1903.
MAUCLAIRE. — *Revue de gynécologie*, 1904.
AUDIER. — Thèse de Lyon, 1904.
NOBLE. — *Amer. Journal of obs.*, 1904, et *Semaine médicale*, 1904.
SENDDER. — *Addale of Surgery*, décembre 1904.
STEWART. — *Journal of the amer. med. Assoc.*, 1904.
SIMON. — *Muncher med. Woch.*, octobre 1905.
RIEDEL. — *Muncher med. Woch.*, novembre 1905.
ROCHE. — Thèse de Paris, 1905.
PAYR. — XXXVI^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1907.
LEJARS. — *Semaine médicale*, février 1907.
MORESTIN. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1907.
FOUSSENCQ. — Thèse de Montpellier, 1908.
MATTRAITE. — Thèse de Paris, 1908.
MAUCLAIRE. — *Bulletin médical*, 1910.
PERDRIZEL. — *La Clinique*, août 1911.
BARBONI. — Thèse de Paris, 1911.
HEYRAUD. — Thèse de Lyon, 1912.
JABOULAY. — *Hernies (Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet)*.

